Aus dem Seminar für Sozialhygiene und
öffentliches Gesundheitswesen der Freien Universität Berlin
(Direktor: Prof. Dr. med. Erich Schröder)

Untersuchung über den Einfluß der medizinischen Versorgung auf den Gesundheitszustand der Berliner Bevölkerung im 18. Jahrhundert

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde an der
Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
M. STÜRZBECHER
aus Berlin

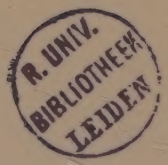
1961

9152/62

Dekan: Professor Dr. med. Helmut Selbach

Referent: Professor Dr. med. Erich Schröder

Korreferent: Professor Dr. phil. Gerhard Oestreich



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 16. Februar 1961

Einleitung

Zu allen Zeiten sind die Funktionen der Gesundheitspflege und Krankenbehandlung die gleichen, aber die Art und der Umfang der Institutionen sind sehr verschieden. S c h r ö d e r erklärt: „Im individuellen Bereich der Medizin sind bestimmend Zahl und Leistungsfähigkeit der Heilberufe, Art und Umfang der Krankenhäuser. Diese sind wiederum abhängig vom Stand der Medizin als Wissenschaft und von der politischen und kulturellen Aktivität eines Volkes. Gleiches gilt im Prinzip für die Institutionen im soziologischen Bereich der Medizin; hier entwickeln sich zunächst die Maßnahmen der Seuchenbekämpfung, der Ortshygiene und erst später die der Gesundheitsfürsorge. Nur dort, wo alle Möglichkeiten des Wirkens funktionell und institutionell voll ausgeschöpft werden, ist die höchstmögliche Wirkung auf Leben und Gesundheit des Individuums wie auf das gesundheitliche Schicksal der societas, auf die Volksgesundheit zu erwarten."

In der hier vorgelegten Studie zur Sozialhygiene soll anhand der für Berlin aus dem 18. Jahrhundert erhaltenen Quellen gezeigt werden, wie sich die drei genannten Faktoren, Anzahl der Heilpersonen, die soziale Situation und die medizinische Wissenschaft bzw. das Fehlen einzelner Voraussetzungen für die Volksgesundheit ausgewirkt haben. Obwohl weder der Ort noch die Epoche, die hier behandelt werden sollen, von unserer Zeit weit entfernt sind, zeigt es sich doch, welche großen Differenzen in der Situation des Gesundheitswesens bestehen. An dem hier vorgelegten Material — obwohl es in vielen Punkten sehr lückenhaft ist — wird deutlich, daß ein geordnetes Gesundheitswesen nur möglich

ist, wenn alle drei von Schröder genannten Faktoren in ausreichender Weise wirksam sind.

Bei Untersuchungen dieser Art ist es notwendig, zunächst Forschungen in einem sowohl zeitlich als auch lokal begrenzten Raum anzustellen und in diesem Rahmen sowohl die Fakten als auch die hinter ihnen stehenden Probleme aufzuzeigen. Mit globalen Untersuchungen auf dem Gebiet der Geschichte des Gesundheitswesens ist im Augenblick nur wenig anzufangen, da sie nur auf Grund älterer Literatur, die den modernen historisch kritischen Methoden nicht immer standhält, zusammengestellt werden können. Die Kenntnis der älteren Literatur wird dadurch nicht überflüssig, denn sie enthält oft Fakten, die nach der Vernichtung wichtigen Quellenmaterials im letzten Kriege nicht mehr zu ermitteln sind. Es muß verlangt werden, daß bei solchen Untersuchungen auch die lokalhistorische Problematik berücksichtigt wird, denn die Volksgesundheit ist in hohem Maße von den sozialen, wirtschaftlichen und geistigen Faktoren der jeweiligen Umwelt abhängig.

Wenn wir als Gegenstand unserer Untersuchung die Geschichte der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung in Berlin während des 18. Jahrhunderts gewählt haben, so aus folgenden Gründen: Der Ort bot sich wegen des Wohnsitzes und der trotz zahlreicher Verluste noch reichen Quellen von selber an. Neben diesen äußerlichen Gründen bestanden aber auch noch wichtige sachliche Motive für diesen lokalen Rahmen. Wie Artelt feststellte, hatte die Berliner Medizin bis zum Ende des 17. Jahrhunderts nur lokale Bedeutung. Mit der Entstehung der brandenburg-preußischen Hausmacht nach dem 30jährigen Kriege begann die Residenz an der Spree auch für die Medizin bedeutungsvoll zu werden. Seit dem Ende des 17. Jahrhunderts wurde in Preußen mit dem geistigen und politischen Zentrum Berlin die Organisation des Gesundheitswesens geschaffen, die für die anderen deutschen Territorialstaaten im Laufe des 18. Jahrhunderts zum Vorbild werden sollte. Da die Anfänge des modernen Gesundheitswesens, dessen Organisation bereits in der Literatur beschrieben wurde und die auf Grund des Studiums der noch erhaltenen Akten Gegenstand eigener Untersuchung ist, in dieser Epoche liegen, ist es reizvoll, sich auch mit der Auswirkung dieser fortschrittlichen normativen Bestimmungen auf die ärztliche Versorgung zu beschäftigen. Es wäre wünschenswert, wenn die Untersuchung nicht nur auf die Residenz Berlin hätte beschränkt werden müssen. Die Quellenlage erlaubte es aber nicht, auch die Verhältnisse in der Kurmark mit allen Einzelheiten in unsere Betrachtung einzubeziehen. Soweit Nachrichten über die ausgeübte Heilkunde in den märkischen Landstädten aus dieser Zeit vorliegen, sollen sie aber exemplarisch zum Vergleich herangezogen werden.

Die zeitliche Begrenzung auf das 18. Jahrhundert wurde vorgenommen, da aus der älteren Zeit nur wenig gesicherte

Nachrichten vorliegen, und wie schon erwähnt, die Berliner Medizin damals nur von lokaler Bedeutung war. Unsere Untersuchung umfaßt das Zeitalter des Absolutismus — in dem sich zwar auch politische, soziale und geistige Strukturwandlungen vollzogen — im großen und ganzen haben wir es aber mit einer an sich abgeschlossenen Epoche zu tun. Mit dem Beginn des 19. Jahrhunderts traten im preußischen Staat wichtige Veränderungen auf allen Gebieten des öffentlichen Lebens ein, die auch auf die Organisation des Gesundheitswesens nicht ohne erhebliche Folgen blieben. Die Zustände im 19. Jahrhundert in unsere Untersuchung mit einzubeziehen, würde daher den Rahmen dieser Dissertation weit übersteigen.

Ehe wir die ermittelten Fakten vorlegen, müssen wir noch fragen, welchen Problemen wir im Rahmen unserer Untersuchung besondere Beachtung schenken müssen. Um die medizinische Versorgung einer Bevölkerung beurteilen zu können, ist es zunächst wichtig, die Zahl der vorhandenen approbierten Medizinalpersonen zu kennen. Daher wird hier anhand der Berliner Adreßkalender der Versuch gemacht, eine Statistik der Heilberufe in Berlin während des 18. Jahrhunderts vorzulegen. Mit einer solchen statistischen Übersicht ist aber für unsere Fragestellung noch nicht allzu viel erreicht. Wir müssen auch versuchen, die Qualität der einzelnen Gruppen zu umreißen, und feststellen, ob sie sich ausschließlich der praktisch geübten Heilkunde gewidmet haben. Hier ergeben sich große methodische Schwierigkeiten, da mit der Berufsbezeichnung und einem Hinweis auf den normativen Ausbildungsgang noch keineswegs ein Urteil über die fachliche Qualifikation und ihre praktische Auswirkung abgegeben werden kann. Trotz vieler Lücken in der archivalischen Überlieferung wollen wir versuchen, auch dieses Problem darzustellen.

Die Anzahl der ansässigen approbierten Heilpersonen allein sagt noch nichts über den Umfang der medizinischen Versorgung. Es ist auch notwendig, sich mit der Frage zu beschäftigen, ob die medizinischen Leistungen auch von der überwiegenden Zahl der Bevölkerung honoriert werden konnten. Wir werden daher nach einer preisgeschichtlichen Diskussion der Medizinaltaxe dieses Problem auch anhand der Nachrichten aus der Biographie des Berliner Arztes Ernst Ludwig H e i m besprechen. Die Beurteilung der medizinischen Versorgung wäre unvollkomemn, wenn wir nicht versuchten, die sozialen Ausgleichsmechanismen, die vor der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung auch den sozial schlecht gestellten Bevölkerungsschichten eine ärztliche Behandlung ermöglichten, in unsere Betrachtung einzubeziehen.

Obwohl das gesamte erhaltene Aktenmaterial der einzelnen Zünfte auf Nachrichten über die Krankenversorgung durchgesehen wurde, muß die Quellenlage als schlecht bezeichnet

werden, und unsere Kenntnisse bleiben daher auf diesem Gebiet sehr lückenhaft.

Um die Versorgung der Kranken in einem Krankenhaus in den Kreis unserer Betrachtung einzubeziehen, sollen auch einige Daten über die Patienten der Charité im Jahre 1731 hier wiedergegeben werden. Vor einer Verallgemeinerung dieser Angaben muß gewarnt werden, und es ist zu hoffen, daß die erhaltenen Rezeptionsbücher der Charité aus dem 18. Jahrhundert bald einer Untersuchung unter medizin- und sozialgeschichtlichen Gesichtspunkten unterzogen werden.

Wir würden die Situation des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung in der damaligen Epoche völlig verkennen, wenn wir das Problem des Pfuschertums unberücksichtigt ließen. Im Rahmen dieser Arbeit wird es nicht möglich sein, diesen vielschichtigen Problemenkreis eingehend zu besprechen, aber zur Beurteilung der Situation ist ein Hinweis auf dieses Gebiet notwendig.

Zum Abschluß unserer Studie werden wir fragen müssen: wie haben sich die geschilderten Zustände in der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung ausgewirkt? Nachdem wir kurz aufgezeigt haben, welche Probleme im Zusammenhang mit unserer Fragestellung erörtert werden müssen, und auf die Quellenlage auch schon einige Hinweise gegeben wurden, sollen jetzt die Verhältnisse auf dem Gebiet der medizinischen Versorgung in Berlin während des 18. Jahrhunderts, wie sie sich anhand der Quellen rekonstruieren lassen, geschildert werden.

Die Heilpersonen in Berlin nach Zahl und Funktion

Eine geordnete Medizinalstatistik für Berlin und Preußen beginnt erst im 19. Jahrhundert. Zwar finden sich schon in früherer Zeit statistische Angaben über das Gesundheitswesen in der Literatur, wie z. B. in Gohls „Acta medicorum berolinensium", bei Süßmilch und in Formeys Medizinischer Topographie, aber diese Nachrichten stehen vereinzelt da. Da aus den Akten und der Literatur sich keine fortlaufenden Angaben über die Medizinalpersonen in Berlin während des 18. Jahrhunderts ermitteln ließen, wurde versucht, anhand der Adreßkalender für Berlin eine solche Statistik zu schaffen. Die Adreßkalender enthalten Angaben über die Mitglieder des brandenburg-preußischen Hofes und der Behörden. Die Heilpersonen sind in den Kalendern ebenfalls aufgeführt, aber oft erfolgte die Eintragung nur auf persönlichen Wunsch bzw. Antrag. Auch finden wir viele Ärzte, die z. B. amtliche Stellen in der preußischen Bürokratie bekleideten, die mehrmals aufgeführt werden. Es wurde versucht, Doppelzählungen zu vermeiden. Eine exakte Statistik, die den modernen Anforderungen standhält, läßt sich mit den Angaben der Adreßkalender aus den geschilderten Umständen nicht aufstellen. Aber die gewonnenen Zahlen geben doch einen gewissen Einblick in die Verhältnisse.

Ärzte*)

Anhand der Adreßkalender läßt sich ermitteln, daß zu Beginn des 18. Jahrhunderts etwa 25 Ärzte in Berlin lebten. 1726 hatte sich die Anzahl der Ärzte in Berlin auf 30 erhöht, bei Ausbruch des siebenjährigen Krieges waren in Berlin 37 Ärzte ansässig und beim Tode Friedrichs des Großen 1786 waren es 40. Im Jahre 1800 lebten in Berlin 59 Ärzte. Genaue Angaben über die in Berlin ansässigen Ärzte konnten schon die Zeitgenossen nicht machen; wir sind auf komplizierte Auszählungen anhand der Adreßkalender angewiesen, um ein ungefähres Bild der Verhältnisse zu gewinnen. Es muß hier darauf hingewiesen werden, daß nach Bratring 1750 in der gesamten Kurmark 51 Ärzte lebten, davon waren mehr als die Hälfte in Berlin wohnhaft. Auch 1802 hatten sich die Verhältnisse nicht wesentlich verändert. Seit der Mitte des Jahrhunderts lebten und praktizierten in Berlin auch jüdische Ärzte. 1765 werden drei jüdische Ärzte erstmals im Adreßkalender genannt. 1806 sind 12 jüdische Ärzte in Berlin nachweisbar.

Die Pflichten des Arztes wurden durch die Bestimmungen der preußischen Medizinalordnung geregelt. Im 18. Jahrhundert bestand in Berlin eine scharfe Trennung zwischen den gelehrten Ärzten — den Medici — und den Wundärzten. Erstere durften nur die innere Medizin, letztere nur die Chirurgie betreiben.

Eine ärztliche Praxis im heutigen Sinne war damals noch nicht üblich. Oft reisten die Ärzte zu ihren hochgestellten Patienten über Land. Der Hausbesuch war bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts die Regel. Die Sprechstunde im eigenen Hause bildete sich erst allmählich aus und wurde zunächst vor allem in der Armenpraxis geübt. Ein praktischer Arzt, der schon unserem heutigen Begriff sehr nahe kommt, war am Ende des 18. Jahrhunderts Heim. In seiner Biographie, die sein Schwiegersohn aufgrund von Tagebüchern und Briefen kurz nach seinem Tode zusammenstellte, finden wir auch Angaben über die Anzahl der Patienten. In seinen Tagebüchern verzeichnet Heim:

1784	393	Patienten
1790	nahe an 1000	„
1795	1346	„

In den folgenden Jahren meist zwischen 900 und 1000 Patienten.

1814	1215	Patienten
1815	1107	„
1822	1026	„
1824	2642	„
1828	604	„

Bei diesen Patientenangaben handelt es sich um Privatpatienten. Außer diesen hatte Heim eine ausgedehnte Armenpraxis, von der Kessler behauptet, es wären im Jahre 3—4000 Patienten. Über die Armenpraxis sagt Heim: „Seit

*) In der Originalarbeit finden sich für die nachfolgenden Abschnitte ausführlichere Darstellungen mit Anmerkungen und Tabellen.

vierzig Jahren haben arme Kranke freien Zutritt bei mir gehabt und womöglich Rath und Hülfe von mir erhalten. Ihre Zahl belief sich monatlich auf 5 bis 900, so daß ich, wenngleich mehrere junge Ärzte mich unterstützen, des Morgens um 8 Uhr, wo ich auszufahren pflegte, schon wie gekocht und ganz ermattet war." Zu der Anzahl der gratis behandelten Armen bemerkt K e s s l e r, daß im Gegensatz zu den Privatpatienten, von denen jeder nur einmal im Jahr gezählt wurde, diese nach ihren Besuchen aufgeführt sind und somit einzelne Patienten mehrmals gezählt wurden. Die H e i m sche Praxis war überaus umfangreich und wäre ohne die Mithilfe junger Ärzte nicht zu bewältigen gewesen. Die hier angeführten Zahlen stellen also Maximalwerte dar. Über die Besuche, die H e i m an einem Tage ausführte, finden wir in seiner Biographie auch einige Angaben, die hier wiedergegeben werden sollen. Am 7. Juni 1790 machte H e i m 73 Krankenbesuche und erteilte in 20 Fällen ärztliche Ratschläge in seiner Wohnung. Im April 1795 konnten einmal 83 Hausbesuche gezählt werden. H e i m war der gesuchteste Praktiker Berlins und ging völlig in seiner ärztlichen Praxis auf, während die meisten anderen Ärzte seinerzeit in der Praxis nur eine ihrer Tätigkeiten sahen. Leider besitzen wir keine Unterlagen über die durchschnittliche Patientenzahl eines Arztes, der als typischer Vertreter seines Standes dieser Epoche gelten kann.

Wundärzte

Die Berufspflichten der Wundärzte in Berlin wurden einerseits ebenfalls durch das Medizinaledikt, andererseits auch durch die Zunftordnung geregelt, denn bis zur Einführung der Gewerbefreiheit im Zeitalter der Reformen waren die Wundärzte zunftpflichtig und mußten eine Barbierstube besitzen, um die Chirurgie ausüben zu dürfen. Die wissenschaftliche Qualifikation der Berliner Wundärzte war sehr unterschiedlich; neben reinen Handwerkern finden wir Chirurgen, die auf der Höhe des Könnens ihrer Zeit standen. Zu Beginn des 18. Jahrhunderts waren in Berlin 20 Barbierchirurgen und 6 Bader zugelassen. Hundert Jahre später sind 49 Barbierchirurgen konzessioniert. Außer diesen Wundärzten war auch bestimmten Militärchirurgen die Praxis erlaubt.

Apotheker

Die Berliner Apotheker betrieben ihre Offizin auf Grund eines Privileges. Außer den 13 privilegierten Apotheken gab es zu Beginn des Jahrhunderts noch 7 Apotheken für die französische Kolonie in Berlin. Der Hof und die Armen werden aus der königlichen Hofapotheke mit Medikamenten versorgt. In der von uns behandelten Epoche vollzog sich die Ausbildung der wissenschaftlichen Pharmazie in Berlin.

Der Arzneipreis war durch die Arzneitaxe festgelegt. Die Tradition der brandenburgischen Arzneitaxe geht bis auf das Jahr 1574 zurück. Es läßt sich jedoch die Gültigkeitsdauer der

einzelnen Taxen nicht feststellen, und es bedarf noch eingehender Forschung, um die wirtschaftsgeschichtliche Bedeutung der Arzneitaxen näher zu erforschen. Für die Geschichte des Arzneischatzes sind in der letzten Zeit mit Erfolg Arzneitaxen bearbeitet worden, während ihre wirtschaftsgeschichtliche Bedeutung bisher fast völlig unbeachtet blieb. Im allgemeinen waren die Preise der Arzneitaxe sehr hoch, so daß die Apotheke nur den begüterten Bevölkerungskreisen zur Verfügung stand. Für die notorisch Armen lieferte aber die Hofapotheke auf ärztliche Verschreibungen die Arzneien gratis. Der Umfang der Arzneiabgabe an die Armen muß sehr groß gewesen sein, denn es wurde wiederholt beraten, wie die hohen Kosten für diese Fürsorge herabgesetzt werden können. In der Biographie von Heim finden sich Hinweise, die eine ungefähre Orientierung über die Versorgung der Armen mit Arzneien durch die Hofapotheke erlauben. Im Jahre 1802 verschrieb Heim in einem Monat 975 Rezepte für die Hofapotheke in der Armenpraxis. Er stand damit an der Spitze der Berliner Ärzte, konnte aber die Notwendigkeit dieser Rezeptur auf Grund seines Journals nachweisen. Wir können aus dieser Zahl von nahezu 1000 Verschreibungen nur eines Arztes ermessen, in welchem Umfange durch die Freiarznei der Hofapotheke Krankenfürsorge getrieben wurde, selbst wenn wir berücksichtigen, daß diese Zahl ein Extrem darstellt. Zu bedenken ist aber auch, daß nur die notorisch Armen — ein fest umrissener Stand, der von Bratring für das Jahr 1801 mit 9974 Seelen gezählt wurde — in den Genuß dieser Fürsorge kamen. Große Bevölkerungskreise, für die die Arzneikosten zu hoch waren, fielen aber nicht unter diese Fürsorgemaßnahmen. Wir finden im Interesse der Volksgesundheit daher immer wieder die Forderung, daß die Ärzte nicht zu komplizierte Rezepte verschreiben, damit den Patienten Geld erspart wird. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurde für die Armenpraxis eine besondere Pharmakopoe herausgegeben, zu deren Verfassern Hufeland gehörte, um die Arzneikosten zu senken. Von seiten der Ärzte wird den Apothekern oft der Vorwurf der Medizinalpfuscherei gemacht. Die Apotheken wurden nicht selten von Kranken aufgesucht — vor allem den verschämten Armen, das sind diejenigen, welche ihre Mittellosigkeit nicht offenbaren und dadurch nicht in den Stand der Armen aufgenommen werden —, um die Kosten für den Arzt zu sparen. Auf dieses Problem wird an anderer Stelle noch näher eingegangen werden müssen. Die Medizinalordnung verbot den Ärzten den Besitz einer Apotheke. Im Interesse eines geregelten Gesundheitswesens war auch die wirtschaftliche Gemeinschaft zwischen Ärzten und Apothekern untersagt. Gegen die erste Bestimmung ist offensichtlich verstoßen worden. Der Nachweis der Kontraventionen gegen die zweite Verordnung läßt sich nur schwer erbringen. Für die Wundärzte ist die Trennung zwischen Therapie und Arzneiherstellung nie so scharf gewesen wie bei den Ärzten. Die Medizinalordnung

verbietet zwar auch den Wundärzten das Präparieren und Dispensieren von Medikamenten, in der Praxis scheinen die Dinge aber wesentlich anders gelegen zu haben. Eindeutige Beweise lassen sich aber zu diesem Punkt ebenfalls nicht ermitteln. Im Jahre 1800 gab es außer der Hofapotheke 24 Apotheken in Berlin.

Hebammen

Schon kurz nach dem Regierungsantritt Friedrich Wilhelm I. setzte sich dieser für die Verbesserung der Ausbildung von Hebammen ein und wies zu diesem Zweck eine bestimmte Summe aus dem Fond der Societät der Wissenschaften an. In der Charité wurde seit der Einrichtung als Krankenhaus 1727 auch Geburtshilfe getrieben. Wie weit schon damals eine geregelte geburtshilfliche Ausbildung stattfand, läßt sich mit Sicherheit anhand der Akten nicht feststellen. In der ersten Zeit war keine Hebamme an der Charité fest angestellt. Seit 1743 ist eine Soldatenfrau als Wickelfrau angestellt, und seit dem 16. Dezember 1743 hatte die Charitéhebamme eine Dienstinstruktion. Auf Grund seiner bevölkerungsstatistischen Untersuchungen kam der Probst an der Nikolaikirche, S ü ß m i l c h , zu der Forderung nach einer geregelten Hebammenausbildung. Sowohl bei Friedrich Wilhelm I. als auch bei S ü ß m i l c h sind es ausgesprochen populationistische Gedankengänge im System des Merkantilismus, die sie veranlaßte, eine Verbesserung des Hebammenwesens anzustreben. Die Bedeutung des Merkantilismus für den Ausbau des Gesundheitswesens ist in der letzten Zeit besonders von R o s e n betont worden. Seit der Mitte des Jahrhunderts wurde in Berlin an der Charité in enger Zusammenarbeit mit dem Collegium medico-chirurgicum der Hebammenunterricht organisiert. Die sehr komplizierten Probleme der Organisation der Hebammenausbildung im 18. Jahrhundert in Berlin können hier im einzelnen nicht näher besprochen werden. Sie werden zu einem späteren Zeitpunkt anhand der umfangreichen Akten in einer Spezialstudie untersucht. Im Zusammenhang mit unserer Fragestellung sind in erster Linie die Stadthebammen von Interesse. In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts muß es in der Stadt bestimmte Hebammenbezirke gegeben haben. Eine genaue Abgrenzung dieser Bezirke war aber anhand der Akten bisher nicht möglich. Es kann nur soviel gesagt werden, daß in der 2. Hälfte des Jahrhunderts keine Niederlassungsfreiheit für die Hebammen bestand. Nach dem Tode oder der absoluten Dienstunfähigkeit wurde eine neue Hebamme angenommen. Es hatte sich der Brauch ausgebildet, daß die Charitéhebamme die freiwerdende Hebammenstelle übertragen bekam. Auf den Gebärsaal der Charité zog dann die nächstälteste Kollegenfrau — d. h. diejenige Hebamme, deren Examen am längsten zurücklag. Durch diese Regelung wurde es üblich, daß zwischen dem Hebammenexamen im Anschluß an den Unterricht und der Approbation als Hebamme bis zu zehn Jahren lagen. Über die geburtshilflichen Fähigkeiten

der Berliner Hebammen lassen sich anhand der Akten nur schwer Angaben machen. Wir werden aber nicht fehl gehen, wenn wir annehmen, daß ihre Kenntnisse und Fähigkeiten sich zwar gegenüber der ersten Hälfte des Jahrhunderts gebessert haben, dürfen sie aber nicht zu hoch einschätzen. Neben den Stadthebammen gab es bei den in Berlin stehenden Regimentern sogenannte Kasernenhebammen, die den Soldatenfrauen bei der Entbindung zur Verfügung standen. Diese Frauen hatten das Hebammenexamen abgelegt, jedoch noch nicht auf der Charité gedient und besaßen auch nicht die Approbation. Sie waren ausschließlich für die Geburtshilfe bei den Soldatenfrauen bestimmt, wurden aber, wenn sie geschickt waren, auch von der Zivilbevölkerung in Anspruch genommen, was aber als Pfuscherei angesehen wurde und zu langwierigen Auseinandersetzungen führte. Wie weit die geburtshilfliche Versorgung durch die Hebammen rein quantitativ sichergestellt war, läßt sich nur schwer beurteilen. 1790 kam in Berlin auf 3016 Einwohner eine Stadthebamme. Diese Zahl sagt aber noch nichts über die tatsächlichen Verhältnisse aus. Die geburtshilfliche Versorgung in Berlin muß aber als besonders günstig angesehen werden.

Die Vorbildung der Hebammen, die meist schon recht alt waren, wird trotz des genossenen Unterrichts schlecht gewesen sein. Zwar war die Kenntnis im Lesen und Schreiben als Voraussetzung für die Annahme zum Hebammenunterricht gefordert, aber es kann in den Akten immer wieder festgestellt werden, daß viele der Frauen dieses Kenntnisse nicht besaßen.

Einen wichtigen Einblick in die Geschichte der Geburtshilfe in Berlin vermittelten uns die Adreßkalender durch die Angabe von Hebammenmeistern. Sie zeigen uns, wie in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts, auch in rechtlich fixierter Form, die Männer in die Domäne weiblicher Heilkunst, in die Geburtshilfe, einbrechen. Im Lehrplan des Collegium medico-chirurgicum in Berlin wurde schon relativ früh geburtshilflicher Unterricht angeführt. Auf dem Gebärsaal der Charité übten die Pensionäre praktische Geburtshilfe, so daß es nicht verwunderlich ist, wenn auch in der Zivilpraxis der Stadt sich bald Chirurgen fanden, die als Hebammenmeister ihre Kunst ausübten. Wie weit die Ärzte sich als praktische Geburtshelfer betätigten, läßt sich anhand der benutzten Quellen nicht sagen. Von 1779, in dem Jahr, in welchem der erste Hebammenmeister im Adreßkalender aufgeführt ist, bis zum Ende unserer Epoche stieg die Anzahl der Geburtshelfer auf 10, d. h. $^1/_5$ der Wundärzte war zur Geburtshilfe berechtigt. In den Adreßkalendern sind nur in den Jahren von 1752—1795 Angaben über die Hebammen gemacht. 1752 waren 24, 1795 53 Hebammen in der Stadt zugelassen.

Zur Frage des Arzthonorars

In der älteren medizinhistorischen Literatur finden wir vereinzelte Hinweise auf das Arzthonorar. Für die Verhältnisse in Preußen besitzen wir sogar eine Spezialstudie aus dem

Jahre 1895, die im folgenden Jahr eine Neuauflage erlebte. Die in diesen Arbeiten veröffentlichten Angaben haben in den meisten Fällen den Nachteil, daß sie auf die jeweilige Währung des Berichterstatters umgerechnet und damit für eine vergleichende Forschung unbrauchbar sind. Dazu kommt, daß eine systematische Erforschung des Arzthonorars erst in dem Augenblick möglich wird, in dem von der Seite der Lohn- und Preisgeschichte gesicherte Forschungsmethoden entwickelt wurden. Diese Voraussetzung wurde erst im Laufe der letzten Jahre erfüllt, und auch heute noch bestehen viele methodische Schwierigkeiten auf diesem Gebiet.

In der Medizinalordnung von 1693 wird über das Arzthonorar festgestellt: „Weil es die Erfahrung bissher gegeben dass bey einigen Patienten die Erkäntlichkeit sehr geringe. Dahero einige Medici unanständlich derer Mercktschreyer und anderer Empyricorum Weise gebrauchen mit den Patienten marchandiren und manchmal gar zu grosse Vergeltung abdringen. Welches unzulässig und ausser drunten excipirten und einigen andern wenigen besonders schweren Fällen gäntzlich verbothen seyn soll: Als haben Wir damit beyderley Ungelegenheit vorgebeuget der Medicorum, (welche die Patienten nicht mit vielen visiten gegen derer Begehren und Willen incommodiren sollen) vielfältige Mühe und Sorgfalt nicht gar unbelohnt bleibe, und die Patienten sich auch nicht zu beschweren haben dass sie übersetzt werden nachfolgendes Reglement beliebt und gesetzt. Es bindet aber solches vornehmen und wohlhabenden Leuten die Hände nicht mit mehrer discretion und Freygebigkeit den Fleiss Sorgfalt und angewandte Treue des Medici zu erkennen; sondern ist nur auf dieselbe gerichtet, so in einem ziemlichen Stande und genugsamer Nahrung sitzen und also den Medicum einiger massen behörlich remuneriren können."

Diese Ausführungen zeigen, daß der Gesetzgeber beim Erlaß dieser Taxe sich in der Vorstellungswelt des Zunftwesens bewegte, welches durch Monopolisierung der Kunstausübungen und Erlaß von Preistaxen sowohl dem Künstler ein angemessenes Honorar sicherte, als auch in unserem Falle die Patienten vor einer Übervorteilung schützte.

Die Preisangaben in den Taxen sagen, isoliert betrachtet, aber noch nichts über die Stellung des Arzthonorars im Lohn- und Preisgefüge einer Epoche an. Aus diesem Grunde sind wir gezwungen, die Honorare für ärztliche Leistungen in ein Verhältnis zu den Löhnen und Preisen zu setzen. In der Tabelle sind einige Honorare für chirurgische Verrichtungen nach der Medizinalordnung von 1725 im Verhältnis zu den Löhnen nach der Gesindeordnung für Berlin von 1718 ausgerechnet. Leider besitzen wir aus Berlin keine so detaillierten Angaben für die Tagelöhner wie über die in der benutzten Gesindeordnung angeführten Gewerbezweige in dieser Zeit. Um das Arzthonorar an dem hier genannten Gesindelohn messen zu können, sind wir gezwungen, den Jahresverdienst des angeführten Gesindes in Groschen umzurechnen, um dann

Honorare für Wundärzte nach der Taxe von 1725 im Verhältnis zum Gesindelohn in Wochenlöhnen

	Thl.	Lakei	Junge	Knecht	Köchin	Magd	Kammer-mädchen	Kinder-mädchen	Amme o. Kind	Amme m. Kind
Vor eine Fleisch-Wunde zu heilen, nach derer Beschaffenheit 1 bis	2	9	16	5	9	12	8	16	8	6
Vor eine Beinschrötige Wunde zu heilen, nachdem sie groß oder gefährlich 5, 10, 15 bis	20	94	160	53	94	120	80	160	80	60
Vor eine Wunde, so gestochen, nachdem sie tief oder gefährlich 6, 8 bis	10	47	80	26	47	60	40	80	40	30
Vor eine Haupt-Wunde, so gehauen, 2, 3 bis	4	19	32	11	19	28	16	32	16	12
Vor eine Haupt-Wunde, so vom Schlagen oder Fallen, 4 bis	5	24	40	13	24	30	20	40	20	15
Vor eine Haupt-Wunde, so gefährlich dabei das Cranium und Pericranium verletzet, oder eingedrücket, doch ohne Fissur, 6 bis	8	38	64	21	38	48	32	64	32	24
Vor eine Verletzung des Hauptes, da das Cranium cum Fissura merklich eingedrückt ist, und mühsam gehoben werden muß, 10, 12 bis	15	72	120	40	72	90	60	120	60	45
Vor dergleichen Schaden, da das Trepan gebraucht werden muß, vor jede Application, ohne die übrigen Curen 2 bis	3	14	24	8	14	18	12	24	12	9
Vor einen Bein-Bruch an alten Personen 10, 12, 14 bis	16	77	128	43	77	96	64	128	64	48
Vor einem Arm- oder Bein-Bruch, an jungen Personen, 6, 8 bis	10	47	80	26	47	60	40	80	40	30

den ungefähren Wochenverdienst zu bestimmen. Dieses Rechnungsverfahren tut den Verhältnissen einigen Zwang an, da die Gesindeverträge über ein Jahr liefen und somit Wochenlöhne für Gesunde illusorisch sind. Außerdem ist zu beachten, daß das Gesinde freie Verpflegung und Station hatte und das angegebene Geld somit nur für die Kleidung und als Taschengeld anzusehen ist. Da wir aber bei Mylius aus dieser Zeit keine Tagelöhne überliefert haben, sind wir auf diese Manipulation angewiesen. Der Tagelohn dürfte auch zu dieser Zeit ungefähr 3 bis 6 Groschen betragen haben.

Die Medizinaltaxe von 1725 blieb im Prinzip bis zum Jahre 1802 in Gültigkeit, obwohl in diesem Zeitraum erhebliche wirtschaftliche und währungsmäßige Veränderungen stattgefunden haben.

Im Rahmen dieser Untersuchung müssen wir darauf verzichten, die Einzelheiten über die Wertschwankungen der Taxhonorare im Laufe des 18. Jahrhunderts zu ermitteln. Sie sind auch unwesentlich, wenn wir bedenken, daß die Taxe nur eine normative Bestimmung ist, die zwar sagt, wie die Honorare sein sollen, aber nicht, wie die ärztlichen Leistungen in der Praxis honoriert wurden. In der Wirklichkeit sahen die Verhältnisse viel komplizierter aus, als man nach unseren bisherigen Betrachtungen annehmen kann. E. Heischkel hat über das Arzthonorar berichtet und auf die verschiedenen Bräuche in der Entlohnung der Ärzte hingewisen. Neben der Bezahlung für die Behandlung einzelner Krankheiten und Dienstleistungen — wie sie in der Taxe geregelt sind — war es eine weitverbreitete Sitte, daß der Arzt für seine Mühewaltung von einem Familienvater ein jährliches Fixum ausgesetzt bekam und dafür die Familie in gesunden und kranken Tagen ärztlich betreute. In der Biographie von Heim finden wir die Angabe, daß ein Koch für die Behandlung seiner Familie dem Arzt 12 Rthlr. anbot und dieser auf den Vorschlag einging. Die Höhe des jährlichen Fixums dürfte sich weitgehend nach den Vermögensverhältnissen der Familie gerichtet haben. Am Beispiel der Heim'schen Biographie läßt sich aber auch erkennen, daß andere Honorierungssysteme üblich waren. Wir finden die Angabe, daß Heim für eine Kur im April 1784 30 Friedrichsdor erhielt. Auch Naturalleistungen waren üblich. In Berlin scheinen aber die Naturalleistungen nur einen geringen Umfang gehabt zu haben. Im Jahre 1784 — nach seiner Übersiedlung von Spandau nach Berlin — hatte Heim Einnahmen in Höhe von 2200 Rthlr. und Naturalien im Werte von 410 Rthlr., und es sind wertvolle Geschenke — ein dehnbarer Begriff, der nicht angibt, welche Gegenstände gemeint sind — in Höhe von 800 Rthlr. gemacht worden. Es muß offen bleiben, ob die kleinen Gaben an Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen, wie sie gerade von den ärmeren Volksschichten dem Arzt angeboten wurden — z. B. erhielt Heim für die Behandlung eines Kranken in der Umgebung der Stadt 2 Besen — in dieser Summe mit einbegriffen sind.

Ein einheitliches System der Honorierung für ärztliche Leistungen — wie es heute besteht — hat es damals nicht gegeben. Aus den wenigen Angaben können wir ersehen, daß die wirklichen Verhältnisse sehr kompliziert waren.

Noch viel unübersichtlicher wird es, wenn wir uns mit der Frage beschäftigen, welche Einrichtungen bestanden, um unbemittelten Personen die ärztliche Hilfe zu ermöglichen. Wie wir aus dem Munde von S ü ß m i l c h gehört haben, war der Dienstherr verpflichtet, im Krankheitsfall für seine Dienstboten zu sorgen. Wie weit diese Verpflichtung eingehalten wurde, und vor allem ob ärztliche Hilfe mit eingeschlossen war, läßt sich nur schwer sagen. Wir werden nicht fehl gehen, wenn wir annehmen, daß in größeren Hof- und Haushaltungen im allgemeinen diese Verpflichtung eingehalten wurde, während in kleineren Lebensverhältnissen aus den verschiedensten Gründen ihre Erfüllung umgangen wurde. In der Literatur finden wir immer wieder den Hinweis, daß die Armen — um in der Sprache der Zeit zu sprechen — um Gottes willen von den Ärzten zu behandeln sind. Es muß hier nachdrücklich betont werden, daß diese Verpflichtung sich nicht auf die Bedürftigen, die den Arztlohn nicht zahlen konnten, sondern nur auf die Personen, die dem fest umrissenen Stand der Armen angehörten — einer Bevölkerungsgruppe, die statistisch erfaßt wurde und, wie wir schon hörten, in Berlin 1801 9974 Personen umfaßte — bezog. Wir finden zwar in den Taxen den Hinweis, daß die Ärzte die Bedürftigen in ihren Forderungen nicht übersetzen sollen. Wie weit diese Bestimmung in der Praxis sich auswirkte, läßt sich nur schwer sagen. Die Angaben aus dem Tagebuch von H e i m zeigen, daß von den Ärzten den Bedürftigen unentgeltlich Hilfe geleistet worden ist, aber wie wir noch sehen werden, war diese Hilfe bei weitem nicht ausreichend. Die Tatsache, daß man für die Krankenbehandlung der Armen eigene Armenärzte seit dem Ende des 17. Jahrhunderts anstellte und damit diese gegen eine jährliche Vergütung zu den Kuren verpflichtete, zeigt, daß die meisten Ärzte ihre Pflicht der unentgeltlichen Behandlung nicht sehr ernst genommen zu haben scheinen. Leider sind keine Einzelheiten über die Pflichten und Leistungen der Armenärzte im 18. Jahrhundert in den benutzten Akten zu finden.

Als man die Wundärzte 1737 aufforderte, die Armenbehandlung gratis zu übernehmen, wurde dieses Ansinnen von den Chirurgen abgelehnt. Nach längeren Verhandlungen konnte die Obrigkeit für die Armen eine wundärztliche Behandlung nur dadurch erreichen, daß vier Armenchirurgen gegen eine jährliche Besoldung von je 50 Reichsthalern angestellt wurden. Durch diese Nachrichten wird deutlich, daß in der Praxis selbst für die notorischen Armen — deren unentgeltliche Behandlung als moralische Verpflichtung festgelegt war — eine gesicherte ärztliche Versorgung nicht bestand. Wenn dies für diesen Personenkreis schon festgestellt werden muß, so dürfen wir annehmen, daß auch für die in Arbeit und

Lohn stehenden Bevölkerungsgruppen, deren Einkommen nach unseren bisherigen Feststellungen zur Honorierung der ärztlichen Leistungen nicht ausreichte, eine medizinische Versorgung nicht bestand.

Wir haben gehört, daß in der patriarchalischen Lebensordnung der Herr verpflichtet war, für seine Leute zu sorgen. Die Probleme wurden schon erörtert. Hier soll nur noch einmal auf eine Nachricht bei Süßmilch hingewiesen werden, der berichtet, daß 1754 ein Gutsherr für seine erkrankten Untertanen ärztliche Hilfe stellte. Einzelheiten über die Verhältnisse sind leider nicht bekannt. Wie wir noch aus dem Munde von Süßmilch hören werden, wurde durch diese patriarchalische Fürsorge nur ein kleiner Personenkreis erfaßt.

Ursprünglich muß auch bei den Handwerkern die Fürsorge im Krankheitsfall in Übung gewesen sein. Wille hat darauf hingewiesen, daß im 18. Jahrhundert in Berlin durch die Zünfte gesundheitliche Fürsorge betrieben wurde. Die Verhältnisse liegen aber wesentlich komplizierter, als man auf Grund der Angaben bei Wille annehmen sollte. Auf Grund des Aktenstudiums kann angenommen werden, daß in dem hier behandelten Zeitraum die gegenseitige Hilfe im Krankheitsfall schon nicht mehr ganz selbstverständlich gewesen zu sein scheint. In manchen Zunftrollen des 18. Jahrhunderts wird festgelegt, daß die Genossen im Krankheitsfall eines alleinstehenden Meisters für diesen durch einen Gesellen einspringen, wie z. B. in der Zunftrolle der Pantoffelmacher (§ 20), wahrscheinlich aus dem Jahre 1719.

Die Gründung von Krankenverpflegungskassen der Meister in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts zeigt, daß auch dieser Brauch zur Sicherung im Krankheitsfall nicht ausreicht. Für unsere Betrachtungen ist die Feststellung von besonderer Bedeutung, daß in dieser Form der Krankenversicherung die ärztliche Hilfe nicht erwähnt wird. Man versicherte sich nur, um im Krankheitsfall die notdürftigen Lebenshaltungskosten durch die Kasse ersetzt zu bekommen. Leider ist die archivalische Überlieferung so dürftig, daß man keine Einzelheiten über die uns interessierenden Probleme der ärztlichen Versorgung und auch der tatsächlichen Verhältnisse ermitteln kann. Ob im 18. Jahrhundert schon Gewerksärzte im Vertrage mit den Zünften standen, wie es aus den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts aktenmäßig überliefert ist, kann mit Sicherheit nicht gesagt werden. Eine weite Verbreitung dieser Institution ist unwahrscheinlich. Wir können hier also feststellen, daß man im Bereiche des Zunftwesens bestrebt war, die wirtschaftlichen Ausfälle im Krankheitsfall durch gegenseitige Hilfe — vor allem in Form der Versicherung — in Krankenverpflegungskassen auszugleichen; von einer Sicherung der Gesundheit durch ärztliche Leistungen kann nicht die Rede sein.

Ähnlich liegen auch die Verhältnisse bei den Gesellen. Durch die Zunftreform von 1732 wurde durch den Verkauf des

Silbergeschirrs Geld flüssig, welches durch ein Reskript vom 27. Dezember 1732 für die Unterstützung armer und erkrankter Gesellen bestimmt wurde. Aber auch in diesem Rahmen scheint nur die materielle Versorgung, nicht aber die medizinische Behandlung das Hauptanliegen gewesen zu sein. Dies wird durch die Tatsache deutlich, daß man es ablehnte, eine Schenkung für die Charité anzunehmen, die mit der Auflage, die kranken Gesellen in der Charité unentgeltlich zu behandeln, verbunden war. Dieser Vorschlag war 1743 von der Zinngießergesellschaft gemacht worden. Wenn auch formaljuristische Bedenken für die Entscheidung der Obrigkeit sprechen, so zeigt die Auseinandersetzung um den Antrag, daß von der Obrigkeit die ärztliche Versorgung der kranken Gesellen, die in der Charité im Rahmen der damaligen Zeit gesichert gewesen wäre, nicht mit in die Betrachtung gezogen wurde.

Die in den Akten überlieferten Nachrichten zeigen, daß im Vordergrund der Krankenversicherung die materielle Unterstützung des Kranken und nicht seine ärztliche Betreuung stand. Bei der Betrachtung der Ausgaben der Gesellenkrankenkassen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zeigt es sich, daß selbst für die Verpflegung in Krankenhäusern der Anteil der Ausgaben klein gehalten wurde. Für Medizinalrechnungen finden sich meist nur sehr geringe Beträge.

Obwohl die unentgeltliche Behandlung für bedürftige Kranke durch die Ärzte nicht bestritten werden kann und obwohl wir gesehen haben, daß auch Veranstaltungen getroffen wurden, um erkrankten Handwerkern Hilfe zu gewähren, so gehen wir nicht fehl, wenn wir behaupten, daß selbst in Berlin, wo relativ viel Ärzte und Wundärzte ansässig waren, von einer geregelten medizinischen Versorgung der gesamten Bevölkerung nicht gesprochen werden kann. Im Anschluß an eine Feststellung des Dr. Witte aus Braunschweig, „daß nemlich unter zwölf Gestorbenen kaum einer einen ordentlichen Artzt zu Rathe gezogen habe," klagt Süßmilch: „Daraus ist leicht begreiflich, wie die Wuth einer ansteckenden Kranckheit so groß werden könne. Woher kommt aber solches? Aus einem Vorurtheil? Aus einem unglücklichen Vertrauen zu den Haus-Mitteln? oder kommt es aus Armuth und Furcht vor dem Preise der Artzeney-Mittel und aus Mangel einer öffentlichen Warnung des Volckes bey herumschleichenden Seuchen, sonderlich bösartigen Fiebern? Würde dem geringeren Theil unsrer Mitbürger in Städten und aus dem Lande der Zugang zum Artzt und der Gebrauch der Mittel erleichtert, so würden sie ihn gewiß viel eher zu Rathe ziehen. Vieler Menschen Leben würde dadurch erhalten werden, der Aufwand an Kosten würde dadurch hundertfältig verzinst werden. Für die geistlichen Aertzte, ich meyne Lehrer in Kirchen und Schulen, hat das Alterthum noch ziemlich gesorgt; für die leiblichen aber wird noch bis jetzt zu wenig gesorgt."

Nach dem hier vorgelegten Material nimmt es nicht Wunder, wenn 1813 der Berliner Magistrat feststellt: „Viele Menschen überlassen sich jetzt in ihren Krankheiten lieber ihren Naturkräften, weil sie dem Arzt und Apotheker nicht gerecht werden können, nehmen nur in höchster Not zu diesen ihre Zuflucht und verlassen sich dann auf den Kredit."

Auf die Probleme des Arzneipreises kann hier nicht näher eingegangen werden. Auch die Arzneien waren im Verhältnis zu den allgemeinen Löhnen sehr teuer. Es ist schon darauf hingewiesen worden, daß man bestrebt war, die Ärzte zur Verschreibung billiger Medikamente zu veranlassen. In der Armen-Pharmakopoe sagt Hufeland:

„Aber nicht bloss bei ganz Armen, sondern auch bei Unbemittelten, bei der grossen Klasse derer, welche eben genug haben, um in gesunden Tagen auszukommen, aber, sobald Krankheit den täglichen Erwerb stört, in Armuth verfallen, ferner bei jenen doppelt Beklagenswerthen, denen Stand, Ehrgefühl, Name, nicht erlauben, ihre Armuth kund werden zu lassen (den verschämten Armen), ja bei allen, denen nicht Ueberfluss zu Theil ward, — sollte diese Rücksicht uns heilig seyn, und ich bitte meine Herren Kollegen auf das dringendste sie nie ausser Acht zu lassen. Die Sorge, unsere Kranken durch unsere Kur nicht auch arm zu machen sey uns eine der wichtigsten, und bei jedem Recepte schwebe uns, nächst dem Gesetz der Zweckmässigkeit, auch immer das Gesetz der Sparsamkeit vor Augen. — Ist es nicht schon traurig genug, krank zu seyn? Soll dies Leiden noch durch den Mangel, den es herbei führt, vermehrt werden? Wie oft sahe ich solche Kranke während der Krankheit durch die Sorge wegen der Kosten eben so niedergedrückt als durch die Krankheit selbst, und wie oft wurde die ganze Freude über die Wiederherstellung verbittert durch die nun einlaufende ungeheure Apothekerrechnung, die dem Armen eine Schuldenlast entdeckte, deren Abtragung ihn völlig erschöpfte, ja die nöthigen Mittel zur völligen Wiederherstellung raubte!

Hier kann der Arzt ein grosser, und, was noch schöner ist, ein stiller Wohlthäter der Armen werden, wenn er auf möglichste Wohlfeilheit der Arzneien sieht. — Er kann da ausserordentlich viel thun. Ich habe durch eine vierzigjährige Erfahrung in klinischen Anstalten, denen ich vorstand, gefunden, daß wenn man diese Grundsätze genau befolgt, die Arzneikosten eines Kranken im Durchschnitt nicht mehr als einen oder anderthalb Thaler betragen. Und für die, welche Kleinigkeiten für Nichts halten, möge hier die Bemerkung stehn, dass ein Pfennig bei jedem Rezept erspart, was z. B. für die armen Kranken von Berlin verschrieben wird, nach einem mässigen Anschlag jährlich eine Ersparung von 300 bis 400 Thaler beträgt.

Nicht allein also Armenärzte und Armenanstalten, sondern allen jungen Aerzten überhaupt, eine Anleitung und Norm zur Erreichung dieses wohlthätigen Zwecks zu geben, war die Absicht bei Bekanntmachung dieser Pharmokopoe, welche

nun seit 15 Jahren in dem poliklinischen Institut von Berlin eingeführt ist, und hier in einer wesentlich vermehrten und verbesserten Auflage erscheint."

Obwohl die Überlieferung sehr lückenhaft ist, und auch für einzelne Probleme, wie z. B. der Krankenversorgung durch die Zünfte, noch eingehende Spezialuntersuchungen notwendig sind, so kann doch gesagt werden, daß eine geregelte medizinische Versorgung für die überwiegende Mehrzahl der Bevölkerung in der uns behandelten Epoche nicht bestanden hat. Hier sei nur darauf hingewiesen, daß schon damals erkannt wurde, wie notwendig eine bessere medizinische Versorgung der Bevölkerung für das Wohl des Staates ist. Es soll hier nicht verschwiegen werden, daß S ü ß m i l c h darauf hinwies, daß Krankheit und Armut die Wegbereiter des allgemeinen Elends sind. Das hier vorgelegte Material zeigt auch, daß, so unentbehrlich die großangelegten Darstellungen über die Gesamtproblematik sind, sie doch mehr von dem Wollen und den Vorstellungen ausgehen als eine Schilderung der tatsächlichen Verhältnisse liefern.

Über die Patienten der Charité im Jahre 1731

Um ein Bild über die stationäre Krankenbehandlung im 18. Jahrhundert in Berlin zu gewinnen, wurde das erste erhaltene Aufnahmebuch der Charité aus dem Jahre 1731 untersucht.

Nach C o n s e n t i u s wurden die Rezeptionsbücher vom Kontrolleur der Charité geführt. Sie enthalten Namen, Alter, Beruf und Herkunft des Patienten, den Einweisenden, die Krankheit, das Aufnahme- und Entlassungs- bzw. Sterbedatum. Die Bücher sind in den ersten Jahrzehnten nach Geschlechtern getrennt geführt und enthalten bei Frauen auch den Familienstand. Im allgemeinen sind die Listen sorgfältig geführt, nur an einigen Stellen fehlt die eine oder andere Angabe. Diese Ungenauigkeiten sind aber so selten, daß sie nicht ins Gewicht fallen.

Von den 393 männlichen und den 368 weiblichen Patienten standen im Lebensalter:

	männlich	weiblich
unter 10	11	10
10—20	49	75
21—30	109	121
31—40	63	51
41—50	55	34
51—60	57	33
61—70	22	22
über 70	19	19
ohne Angabe	8	3

Die männlichen Patienten der Charité zeigten folgende soziale Schichtung — nach Berufsgruppen zusammengefaßt:

Militär	160
Textil	63
Verkehr	15
Tagelöhner	20
Landwirtschaft	10
Bau	9
Holz	9
Metall	9
Leder	7
Sonstige	57
Ohne Angabe	7
Kinder	27
Su	393

Bei den weiblichen Patienten ergibt sich etwa das gleiche Bild.

Die Verweildauer der 1731 in die Charité aufgenommenen Patienten betrug:

Monat	Männer	Frauen
unter 1	116	71
1— 3	154	176
3— 6	43	44
6—12	20	18
12—18	7	7
über 18	14	19

Ein genaues Bild über die in der Charité behandelten Krankheiten läßt sich an Hand der Rezeptionsbücher nicht gewinnen, da nur in den seltensten Fällen die Diagnosen mit unserer heutigen Terminologie in Einklang gebracht werden können.

Abschließend muß noch gesagt werden, daß von den 761 im Jahre 1731 aufgenommenen Patienten mit Sicherheit 225 in der Charité verstorben sind. Die hier mitgeteilte Untersuchung zeigt, daß man anhand des Rezeptionsbuches einen guten Überblick über die soziale Zusammensetzung der Patienten der Charité erhalten kann. Der Charakter des damaligen Krankenhauses als Armenanstalt wird deutlich. Es zeigt sich auch, daß Berlin als Garnison und Stadt der Textilmanufakturen in diesen Bevölkerungsschichten besondere Armut zu verzeichnen hatte. Wenn wir die Töchter von Personen aus Heilberufen unter den Patienten finden, dann deutet dies darauf hin, daß die Versorgung der Kinder von Heilpersonen in einigen Fällen nicht von den Eltern geregelt werden konnte, so daß das Armenwesen für ihren Unterhalt aufkommen mußte. So brauchbar die Angaben zur Soziologie der Charitépatienten sind, so wenig Aufschluß geben die im Rezeptionsbuch aufgeführten Aufnahmediagnosen über die Behandlungsmethoden in der Charité. Eine geordnete Krankenstatistik ist auf Grund dieses Materials nicht möglich. Trotzdem erscheint es wünschenswert, wenn wir durch eine

intensive Bearbeitung der Rezeptionsbücher einen besseren Überblick über die sozialen Funktionen und die medizinische Tätigkeit in der Charité während des 18. Jahrhunderts erhielten und somit unsere Kenntnisse anhand der Literatur abrunden könnten.

Zum Problem des Pfuschertums

Unsere Betrachtung über die medizinische Versorgung der Bevölkerung wäre unvollständig, wenn wir nicht auch noch kurz auf das Problem des Pfuschertums — der Begriff des Kurpfuschers gehört erst dem 19. Jahrhundert an — eingehen würden. Die Problematik ist weit komplizierter, als man zunächst annimmt. Auch in diesem Fall ist es notwendig, nicht mit unseren heutigen Vorstellungen die damaligen Verhältnisse zu betrachten. Der Begriff des Pfuschers und Störers wird in der damaligen Welt des Zunftdenkens nicht durch seine Qualifikationen, sondern durch seine Rechtsstellung bestimmt. Ein Chirurg, der nicht zum Amt in Berlin gehört oder Militärwundarzt ist und in der Stadt — obwohl Meister — seine Kuren ausübt, ist ein Pfuscher. Ähnlich verhält es sich mit Medici, die rite an einer medizinischen Fakultät promoviert, aber nicht vom Ober-Collegium medicum approbiert waren.

Wie wir festgestellt haben, war zwar in Berlin eine ungefähr ausreichende Anzahl von approbierten Heilpersonen ansässig, während auf dem Lande kaum Ärzte anzutreffen waren. Die geringe Anzahl der approbierten Heilbehandler muß als einer der Gründe angesehen werden, die ein Bedürfnis nach illegaler medizinischer Versorgung hervorriefen. Auf dem Lande haben wir auch zu dieser Zeit noch eine Gruppe von Personen, zu denen u. a. die Geistlichen gehörten, die die Lücke in der medizinischen Versorgung ausfüllten. Zum Teil wurden noch zum Anfang des 19. Jahrhunderts für die Theologen medizinische Vorlesungen an den Universitäten gehalten, um ihnen für diese Tätigkeit eine gewisse Vorbildung zu geben. In Berlin bestand wahrscheinlich im 18. Jahrhundert diese Gruppe von halblegalen Heilpersonen nicht mehr, da eine etwa ausreichende Anzahl von approbierten Heilpersonen vorhanden war.

Die hohen ärztlichen Honorare waren ein weiterer Grund für das Bedürfnis nach illegaler Behandlung. Über die Höhe der Arzthonorare im Verhältnis zu den Löhnen haben wir ausführlich gesprochen, und die gemachten Angaben zeigen, daß es sich um ein echtes Bedürfnis handelt.

Neben diesen beiden Tatsachen spielten noch andere, weniger greifbare Motive beim Pfuschertum eine Rolle, so z. B. die Wundergläubigkeit der Zeitgenossen und die wahrscheinlich geringeren Honorare.

In den Medizinalverordnungen des 18. Jahrhunderts finden wir harte Strafbestimmungen gegen die Medizinalpfuscherei. In den Akten haben sich auch vereinzelte Strafverfügungen gegen Pfuscher erhalten. Es hat aber den Anschein, daß eine

wirksame Bekämpfung des Pfuscherunwesens nicht stattgefunden hat. Zwei Gründe müssen wir als Hauptursache anführen. Die eine war formaler Natur; das Ober-Collegium medicum besaß keine Exekutive und war daher nicht in der Lage, seine Anordnungen wirkungsvoll in der Praxis durchzusetzen. Außerdem fällt aber auch ins Gewicht, daß die Behörde nicht in der Lage war, der Gesamtbevölkerung eine Heilbehandlung durch approbierte Heilpersonen weder zahlenmäßig noch wirtschaftlich zu sichern. Daher konnte man das Pfuschertum, welches ein Bedürfnis auf dem Gebiet der Heilbehandlung befriedigte, mit Erfolg nicht ausrotten. Eine eingehende Untersuchung über die Soziologie und die medizinische Qualifikation des Personenkreises der Pfuscher vom Mittelalter bis ins 19. Jahrhundert muß in einer gesonderten Studie angestellt werden. Hier sollte nur im Zusammenhang mit unserer Fragestellung die Pfuscherproblematik skizziert werden, da bisher in der medizingeschichtlichen Literatur diese Frage zu einseitig unter dem Gesichtswinkel der zünftlerisch-standespolitischen Anschauungen der approbierten Heilpersonen gesehen und dabei nicht beachtet wurde, daß die Pfuscher und Störer oft nicht so schlecht waren wie ihr Ruf und sie auch ein echtes Bedürfnis bei der damaligen schlechten Versorgung mit approbierten Heilpersonen befriedigten.

Schlußbetrachtung

Obwohl die Quellenlage sehr lückenhaft ist, läßt sich sagen:

1. In Berlin war zwar im 18. Jahrhundert eine größere Anzahl von approbierten Heilpersonen ansässig, sie reichte jedoch für eine geregelte medizinische Versorgung nicht aus.
2. Die Arzthonorare der Taxen lagen im Verhältnis zum allgemeinen Lohnniveau zu hoch, so daß weite Bevölkerungsschichten nur im äußersten Notfall, wenn überhaupt, ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen konnten. Ein vollständiges Bild der Verhältnisse ergibt sich aber erst, wenn auch die sozialen Ausgleichsmechanismen, wie z. B. unentgeltliche Armenbehandlung, in die Betrachtung einbezogen werden.
3. Das Problem des Kurpfuschers ist wesentlich komplizierter als meist angenommen wird. Unter den Pfuschern befanden sich nicht nur Scharlatane, sondern auch durchaus ernstzunehmende Personen.
4. Schließlich wurde anhand des Rezeptionsbuches der Charité für das Jahr 1731 gezeigt, daß eine Krankenversorgung unter medizinischen Gesichtspunkten damals nicht bestand. Nicht medizinische, sondern soziale Gründe stellten die Indikation für die Anstaltseinweisung dar.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß zwei der von Schröder geforderten Voraussetzungen für ein geordnetes Gesundheitswesen — die genügende Anzahl von

approbierten Heilpersonen und die ausreichenden sozialen Bedingungen — nicht erfüllt waren. Die dritte Voraussetzung der hinreichende Stand der wissenschaftlichen Medizin, muß im Rahmen der damaligen Wissenschaft angenommen werden.

Diese Tatsache macht deutlich, wie wichtig Schröders Feststellung ist, daß für die Volksgesundheit nicht nur der Stand der medizinschen Wissenschaft von Bedeutung ist, sondern daß auch Voraussetzungen geschaffen sein müssen, daß genügend Ärzte vorhanden sind und daß die Bevölkerung auch die Möglichkeit hat, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Quellen

a) ungedruckte

Stadtarchiv Augsburg (StA Augsburg), Dep. ad Coll. med. Tom 1

Stadtarchiv Berlin (StA Berlin), Nr. 2358, 3426, 3427, 3431, 4049, 5116, 6343, 9439, 12237, 12508, 14511, 17305, 27434.

Archiv der Humboldt-Universität Berlin, Charité-Registratur (Charité) Rezeptionsbücher, Charité II 4 Nr. 1 Vol. 1 bis 4, Charité II 4 Nr. 10 Vol. 1 bis 2

Deutsche Staatsbibliothek Berlin, Handschriftenabteilung (Stabi Berlin, Hs. Abt.)

Manuscripta Borussica Fol. 231.

Nachlaß August Hermann Francke (z. Zt. UB Tübingen).

Brandenburgisches Landeshauptarchiv Potsdam (BLHA).

Pr. Br. Rep. 30 Berlin A Tit. 1 Ärzte Nr. 2; Pr. Br. Rep. 30 Berlin A Tit. 25 Nr. 1 Vol. 1 und 2; Pr. Br. Rep. 30 Berlin A Tit. 25 Nr. 1a; Pr. Br. Rep. 30 Berlin A Tit. 25 Nr. 2 Vol. 1 und 2; Pr. Br. Rep. 30 Berlin A Tit. 25 Nr. 25 Pr. Ber. Rep. 30 Berlin C Tit. 2 Nr. 2; Pr. Br. Rep. 7 Amt Fürstenwalde Nr. 85; Pr. Br. Rep. 7 Amt Zechlin Nr. 98.

Evangelische Kirchengemeinde Berlin-Köpenick, Sterberegister 1757—1806.

Deutsches Zentralarchiv Merseburg (ehem. Preußisches Geheimes Staatsarchiv) (DZA Merseburg) Rep. 9 MM 4, Rep. 9 NN (Ediktensammlung) Rep. 108 Sect. I Rep. I Nr. 1; Rep. 92 Wöllner I Nr. 2.

Stadtarchiv Greifswald (StA Greifswald) Rep. 5 Tit. 145 Nr. 6, Rep. 5 Tit. 35 Nr. 4 II.

Stadtarchiv Leipzig (StA Leipzig) Tit. XLIV Nr. 15; Tit. XLIV Nr. 16.

Stadtarchiv Frankfurt/O. (StA Frankfurt/O.) Apothekenbuch.

b) gedruckte

Adreßkalender für die Königlichen Haupt- und Residenzstädte Berlin und Potsdam ab 1704 (in späteren Jahren ändert sich der Titel — bis 1795 ist kein Verlag für die Adreßkalender festzustellen, nach einer Mitteilung der Universitäts- und Landesbibliothek Sachsen-Anhalt in Halle vom 25. 6. 1952. 1796—1807 erschienen die Adreßkalender bei Johann Friedrich Unger.) Die Adreßkalender wurden benutzt im Berliner Hauptarchiv, in der Berliner Stadtbibliothek und im Märkischen Museum Berlin. Ein vollständiges Exemplar aller Adreßkalender ist in Berlin nicht erhalten.

Churfürstlich Brandenburgische Medicinal-Ordnung und Taxa . . . Cölln an der Spree, Verlegts Rupertus Völcker MDCXCIV (Das Exemplar enthält den Text der Ordnung von 1685 und der Ordnung von 1693.)

Königlich Preußisches und Churfürstlich Brandenburgisches allgemeines und neugeschäfftes Medicinaledikt und Verordnung, auf Sr. Königl. Majest. allergnädigsten Befehl, herausgegeben von Dero Obercollegio Medico. Berlin 1725.

Allgemeines Preußisches Landrecht, Berlin 1804.

Literatur

1. Adlung, A., Urdang, G., Geschichte der deutschen Pharmazie, Berlin 1935. — 2. v. Alberti, H. J., Maß und Gewicht, Berlin 1957. — 3. Artelt, W., Die anatomisch-pathologischen Sammlungen Berlins im 18. Jahrhundert, Klin. Wschr. 15, 1936, 96—99. — 4. ders., Medizinische Wissenschaft und ärztliche Praxis im alten Berlin, Berlin 1948. — 5. Baas, J. H., Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standes und der medicinischen Wissenschaften, Berlin 1896. — 6. Bachmann, M., Die Nachwirkung des hippokratischen Eides, Med. Diss. Mainz 1952. — 7. Bartsch, I., Die pharmazeutisch-medizinische Armenkrankenversorgung in Halle in ihrer Entwicklung bis zur Einführung der Sozialversicherung, Math.-nat. Diss. Jena 1954. — 8. Benser, H., Stürzbecher, M., Die Heilberufe in Angermünde, Dtsch. Med. J. 8, 1957, 137—140. — 9. Biester, J. E., Der Monddoktor in Berlin, Berlinische Monatsschrift 1, 1783, 353—367. (S. 359—367 J. Th. Pyl), Anonymus, Die Wallfahrt zum Monddoktor, S. 368—385. — 10. Bratring, F. W. A., Statistisch-topographische Beschreibung der gesamten Mark Brandenburg, Berlin 1804—1809. — 11. Buchner, E., Ärzte und Kurpfuscher, München 1922. — 12. Büchmann, G., Über die Berliner Adreßkalender, Berlin 1862. — 13. Casper, Blick auf die Fortschritte der Königl. Preuß. Medizinalverfassung bei ihrem 100jährigen Jubiläum, J. f. prakt. Heilk. 66, 1828, 7—42. — 14. Consentius, E., Alt-Berlin Anno 1740, Berlin 1911. — 15. Dann, G. E., Martin Heinrich Klaproth 1743—1817, Berlin 1958. — 16. Deichert, H., Leibniz über die praktische Medizin und die Organisation der öffentlichen Gesundheitspflege, Dtsch. med. Wschr. 39, 1913, 853—855. — 17. Diepgen, P., Heischkel, E., Die Medizin an der Berliner Charité bis zur Gründung der Universität, Berlin 1935. — 18. Diepgen, P., Zur Frage der unentgeltlichen Behandlung des armen Kranken durch den mittelalterlichen Arzt, Hist. Jb. 72, 1953, 171—175. — 19. Döhnel, K. R., Das anatomisch-chirurgische Institut in Braunschweig, Braunschweig 1957. — 20. Dorwart, R. A., The Royal College of Medicine and Public Health in Brandenburg- Prussia 1685—1740, Med. History 2, 1958, 137—140. — 21. Elsas, M., Umriß einer Geschichte der Preise und Löhne in Deutschland vom ausgehenden Mittelalter bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts, Leyden 1936—1949. — 22. Exner, A., Der Hofapotheker Caspar Neumann 1683—1737, Math.-nat. Diss. Berlin 1938 — 23. Fischer, A., Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, Berlin 1933. — 24. Fischer, I., Über medizinische Lyzeen, Wien-Leipzig 1915. — 25. Fischer, Über die Ersparnisse in der Receptur für angehende Preußische Aerzte, J. f. prakt. Heilk. 67, 1828, 3. Stück, 80—93. — 26. Formey, L., Versuch einer medicinischen Topographie von Berlin, Berlin 1796. — 27. Francesco, G. d, Die Macht des Charlatans, Basel 1937. 28. Frank, J. P., Akademische Rede vom Volkselend als der Mutter der Krankheit (Pavia 1790), eingeleitet und übersetzt von E. Lesky, Leipzig 1960. — 29. Gelder, A., Zur Geschichte der privilegierten Apotheken Berlins, Berlin 1925 (Sonderdruck aus Pharm. Ztg.). — 30. ders., Zur Geschichte der (vormals Königlichen) Hofapotheke zu Berlin, Ap. Ztg. 40, 1925, 1364—1367. — 31. Gohl, J. D., Acta medicorum Berolinensium, Berlin 1717—1730. — 32. v. Grumbkow, E., Der Monddoktor in Berlin, Mitt. Ver. f. d. Gesch. Berlins 58, 1941, 109—110. — 33. v. Harnack, A., Geschichte der Königlich-Preußischen Akademie der Wissenschaften zu Berlin, Berlin 1900. — 34. Haubold, H., Leibniz' Vorschläge zur Gründung einer Medizinalbehörde, Reichsgesundheitsblatt 14, 1939, 691. — 35. Hausherr, H., Wirtschaftsgeschichte der Neuzeit vom Ende des 14. bis zur Höhe des 19. Jahrhunderts, Weimar 1955. — 36. Hein, W. H., Sappert, K., Die Medizinalordnung Friedrich II., Eutin 1957. — 37. Heine, W., Stürzbecher, M., Beitrag zur Geschichte des Gesundheitswesens in Köpenick (Manuskript). — 38. Heischkel, E., Beiträge der Berliner Charité-Ärzte zur medizinischen Literatur des 18. Jahrhunderts, Klin. Wschr. 15, 1936, 25—27. — 39. Dies., Weihnachtsgeschenke und Neujahrshonorare, Med. Monatsspiegel 1954, H. 12. — 40. Herrlinger, R., Methoden des anatomischen Unterrichts der Wundärzte im 16. Jahrhundert, Verh. d. Anat. Gesell. 1952, 273—276. — 41. Hinrichs, C., Friedrich Wilhelm I., Hamburg 1941. — 42. ders., Der hallische Pietismus als politisch-soziale Reformbewegung des 18. Jahrhunderts. Jb. Gesch. Mittel- u. Ostdtschl. 2, 1953, 177—189. — 43. ders., Der Regierungsantritt Friedrich Wilhelm I., Jb. Gesch. Mittel-

u. Ostdtschl. 5, 1956, 183—225. — 44. ders., Die preußische Zentralverwaltung in den Anfängen Friedrich Wilhelm I., Hartung- Festschrift, Berlin 1958, 247—167. — 45. Hintze, O., Kalvinismus und Staatsraison in Brandenburg zu Beginn des 17. Jahrhunderts, Gesammelte Abhandlungen, Leipzig 1943. — 46. Vom Honorar des Arztes, Ciba-Ztschr., Basel 1934, Nr. 6. — 47. Hufeland, Ch. W., Armen-Pharmacopoe. 6. Aufl., Berlin 1829. — 48. Hörmann, J., Die Königliche Hofapotheke zu Berlin 1598—1898, Hohenzollern-Jb. 1898, 208—226. — 49. Jacob, M., Kölner Theater im 18. Jahrhundert, Emsdetten 1938. — 50. Joachim, H., Die Preussische Medicinaltaxe in ihrer historischen Entwicklung, Berlin 1895. — 51. ders., Die neue Preußische Medicinaltaxe, historisch entwickelt, Berlin 1896. — 52. Kaeber, E., Die Bürgerbücher und Bürgerprotokollbücher Berlins von 1700 bis 1750, Berlin 1934. — 53. Kelter, E., Geschichte der obrigkeitlichen Preisregelung, Jena 1935. — 54. Keßler, G. W., Der alte Heim, 2. Aufl., Leipzig 1846. — 55. Krüger, H., Zur Geschichte der Manufakturen und der Manufakturarbeiter in Preußen, Berlin 1958. — 56. Lehmann, H., Das Collegium medico-chirurgicum in Berlin, als Ausbildungsstätte der Botanik und Pharmazie, Math.-nat. Diss. Berlin 1936. — 57. Lesky, E., Österreichisches Gesundheitswesen im Zeitalter des aufgeklärten Absolutismus, Wien 1959. — 58. Lüdtke. C., Das Apothekenwesen in Mecklenburg von seinen Anfängen bis gegen 1630, Math.-nat. Diss. Halle-Wittenberg 1959. — 59. Lütge, F., Deutsche Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, Berlin-Heidelberg-Göttingen 1952. — 60. Moll, A., Die medicinische Fakultät der Carlsakademie, Corespondenzblatt des Württembergischen ärztlichen Vereins, Bd. 29, Beil. 1—5, 1895. — 61. Müller, W., Die zahlenmäßige Verteilung der Heilberufe in verschiedenen Orten Deutschlands und ihr Einfluß auf die Volksgesundheit, Med. Diss. Berlin 1961. — 62. Mylius, C. O., Corpus constitutionum Marchicarus, Berlin. — 63. Nauck, E. Th., Pastoralmedizin an der Universität Freiburg i. Br. 1812/13 — 1887, Freiburger Diözesan-Archiv 71, 1951. — 64. ders., Die chirurgische Fakultät zu Donauesschingen, Ztschr. f. d. Gesch. d. Oberrheins 100, 1952. — 65. Oestreich, G., Römischer Stoizismus und oranische Heeresreform, Hist. Ztsch. 176, 1953, 17—43. — 66. ders., Justus Lipsius als Theoretiker des modernen Machtstaats, Hist. Ztsch. 181, 1956, 31—78. — 67. ders., Calvinismus, Neostoizismus und Preußentum, Jb. Gesch. Mittel- u. Ostdtschl. 5, 1956, 157—181. — 68. Pistor, M., Grundzüge einer Geschichte der preußischen Medizinalverwaltung bis Ende 1907, Braunschweig 1909. — 69. Purmann, M. G., Grosser und gantz Neu-gewundener Loorbeer-Krantz oder Wunderartzney . . . Auflage Frankfurt-Leipzig 1722. — 70. Puschmann, Th., Geschichte des medicinischen Unterrichts, Leipzig 1889. — 71. Rath, G., Unbekannte medizinische Vorschläge aus dem Leibniz-Archiv, Dtsch. Med. Wschr. 76, 1951, 745—747. — 72. Rachel, H., Das Berliner Wirtschaftsleben im Zeitalter des Frühkapitalismus, Berlin 1931. — 73. Rosen, G., Cameralism and the Concept of Medical Police, Bull. Hist. Med. 27, 1953, 21—42. — 74. ders., A History of Public Health, New York 1958. — 75. Rothschuh, K. E., Kleine Geschichte der medizinischen Fakultät der Universität Münster i. W., Münster 1957. — 76. Rust, J. N., Die Medicinalverfassung Preussens, wie sie war und wie sie ist, Berlin 1838. — 77. Siegerist, C., Aus den Tagebüchern des alten Heim, Brandenburgia 7, 1901, 197. — 78. Sokół, St., Wedrowni operatorzy w Gdańsku w XVI i XVII. w, Gdańsk 1958. — 79. Süßmilch, J. P., Gedanken von den epidemischen Krankheiten der 1757ten Jahres, Berlin 1758. — 80. ders., Die Göttliche Ordnung in den Veränderungen des menschlichen Geschlechts . . ., 2. Aufl., Berlin 1761—1762. — 81. Schelenz, C., Soziale Fürsorge auf märkischen Gütern in früheren Zeiten, Dtsch. Med. Wschr. 62, 1936, 2132—2133. — 82. Schröder, E., Kompendium der Gesundheitsfürsorge, Stuttgart 1959. — 83. Schröder, G., Die pharmazeutisch-chemischen Produkte deutscher Apotheken im Zeitalter der Chemiatrie, Bremen 1957. — 84. Schopohl, F., Die Chirurgenschule (Medizinisch-chirurgische Lehranstalt) zu Münster in Westfalen, Med. Diss. Berlin 1936. — 85. Schuchhardt, B., Geschichte der anatomisch-chirurgischen Lehrinstituts der späteren Heildiener-Schule zu Gotha, Ztschr. f. Epidemiologie und öffentl. Ges. Pflege, N. F. 3, 1871. — 86. Stürzbecher, M., Die Heilberufe im Berliner Bürgerbuch, Berliner Gesundheitsblatt 1954, 406—408. — 87. ders., Zur Frage des Kaffee- und Tabakhandels in Apotheken, Zur Geschichte der Pharmazie (Beilage

zur Dtsch. Ap. Ztg.) 1955 Nr. 3, 20—21. — 88. ders., Beitrag zur Geschichte des Arzthonorars, Die Arztrechnungen für den Hoflieferanten Lippold, Berliner Medizin 8, 1957, 432—433. — 89. ders., Zur Therapie der Wassersucht bei Friedrich Wilhelm II. von Preußen, Sudhoffs Archiv 41, 1957, 10—18. — 90. ders., Zur Geschichte der französischen Apotheken in Berlin, Pharm. Ztg. 103, 1958, 210—212. — 91. ders., Betrachtungen zur brandenburgischen Arzneitaxe von 1574, Atti del il Congresso Internazionale di Storia della Farmacia, Pisa 1958, 407—427. — 92. ders., Beitrag zur Geschichte des Arzthonorars, Die Berliner Preistaxe vom 17. März 1623, Berliner Medizin 9, 1958, 150—152. — 93. ders., Beitrag zur Geschichte der Berliner Anatomie im 18. Jahrhundert, Dt. Med. J. 9, 1958, 439—442. — 94. ders., Beitrag zur Geschichte der Berliner Anatomie, Berliner Medizin 9, 1958, 236—239. — 95. ders., Beitrag zur Geschichte des Gesundheitswesens in Brandenburg-Preußen zu Beginn des 18. Jahrhunderts, Berliner Medizin 9, 1958, 175—179. — 96. ders., Zur Geschichte der Ausbildung von Wundärzten in Berlin in der 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts, Forschungen und Fortschritte 33, 1959, 141—147. — 97. ders., Beitrag zur Biographie von Balthasar Kauffmann und der Chirurgie seiner Zeit, Dtsch. Med. J. 10, 1959, 414—417. — 98. ders., Beitrag zur Entwicklungsgeschichte des Berliner Apothekerwesens, Beiträge zur Geschichte der Pharmazie und ihrer Nachbargebiete Nr. 3, 1959, 26—57. — 99. ders., Zur geburtshilflichen Versorgung der preußischen Bevölkerung im Jahre 1824, Öffentl. Ges. Dienst 20, 1958/59, 511—514. — 100 ders., Krankengeschichte und Sektionsbericht über die Königin Sophie Charlotte von Preußen aus dem Jahre 1705, Dt. Med. J. 11, 1960, 241—245. — 101. ders., Aus der Geschichte des Collegium medico-chirurgicum in Berlin, Med. Mitt. 21, 1960, 110—114. — 102. ders., Die medizinische Versorgung der Stralsunder Bevölkerung im 19. Jahrhundert — Ein Beitrag zur Geschichte der Medizinalaufsicht, Öffentl. Ges. Dienst 22, 1960/61, 20—24. — 103. ders., Zum Schicksal medizingeschichtlicher Quellen aus Archiven Berlins und Potsdams, Mitt. Gesch. Med. 41, 1961, 12—17. — 104. ders., Zur Geschichte der brandenburg-preußischen Medizinalgesetzgebung im 18. Jahrhundert (Manuskript). — 105. ders., Über die Stellung und Bedeutung der Wundärzte in Greifswald im 17. und 18. Jahrhundert (Manuskript). — 106. ders., Die Patienten der Charité im Jahre 1731 (Manuskript). — 107. Uhde, K. F., Medizinische Politik, Leipzig 1783. — 108. Ulrich, J. H., Über den Religionszustand in preußischen Staaten . . ., Berlin 1778—1779. — 109. Waldeyer, W., Zur Geschichte des anatomischen Unterrichts in Berlin, Berlin 1899. — 110. Weber, A., Die Versorgung der Landbevölkerung mit ärztlicher Hilfe, Dtsch. Ges. Wes. 10, 1955, 344—351. — 111. Weigel, P., Zahnärzte und Zahnbehandlung im alten Frankfurt am Main bis zum Jahre 1810, München 1957. — 112. Wernicke, E., Geschichte der Königlichen Hofapotheke zu Berlin, Pharm. Ztg. 43, 1898, 259—262. — 113. Wechseler, E., Preußengeist und calvinistisch-stoische Erziehung, Ztschr. f. Erziehung u. d. Unterricht 23, 1933, 215—242. — 114. Wille, P. F. C., Über den Stand und die Ausbildung der Hebammen im 17. und 18. Jahrhundert in Chur-Brandenburg, Berlin 1934. — 115. ders., Soziale Krankenfürsorge vor 2 Jahrhunderten, Med. Klin. 45, 1950, 372. — 116. Zwanowetz, G., Schnitt- und Wundärzte in der Zeit Ferdinands II. von Tirol, Tiroler Heimat 22, 1958, 57—81.

Sonderdruck aus der Zeitschrift „BERLINER MEDIZIN"
13, Seite 103—111

Lebenslauf

Am 18. Oktober 1928 wurde ich, Manfred Kurt Wolfgang Stürzbecher, als Sohn des Apothekers Erich Stürzbecher und seiner Ehefrau Katharina geb. Voigt zu Berlin geboren. Von 1935 bis 1939 besuchte ich die Volksschule, von 1939 bis 1943 die Andreas-Oberschule in Berlin. Von Januar 1944 bis zum 2. Mai 1945 war ich bei der Wehrmacht als Luftwaffenhelfer eingesetzt. Am 2. Mai 1945 geriet ich in sowjetische Kriegsgefangenschaft, aus der ich Ende August 1945 entlassen wurde. Im Frühjahr 1946 legte ich am Andreas-Real-Gymnasium in Berlin die Reifeprüfung ab. Nach zweijähriger Lehre legte ich vor dem Prüfungsausschuß beim Landesgesundheitsamt Berlin die pharmazeutische Vorprüfung ab. Am 1. Oktober 1948 trat ich als Apotheker-Assistent in die Warschauer Apotheke ein, in der ich auch nach Aufnahme meines Studiums im Sommersemester 1949 als Vertreter bis zum Januar 1953 tätig war. Vom Sommersemester 1949 bis zum Sommersemester 1953 studierte ich an der Philosophischen Fakultät der Freien Universität Berlin Geschichte und Kunstgeschichte. Auf Grund einer Dissertation „Die Bekämpfung des Geburtenrückganges und der Säuglingssterblichkeit im Spiegel der Reichstagsdebatten 1900 bis 1930" wurde ich von der Philosophischen Fakultät der Freien Universität Berlin 1954 promoviert. Vom Wintersemester 1953/54 bis zum Wintersemester 1958/59 studierte ich an der Freien Universität Berlin Medizin. 1956 bestand ich das Physikum und 1959 das medizinische Staatsexamen.